室蘭市予防接種実施依頼書発行申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）室 蘭 市 長

このことについて、予防接種実施依頼書を発行くださるよう申請します。

被接種者氏名 （予防接種を受ける人）	フリガナ	生年月日	平成・令和 年　　月　　日
住　所	室蘭市		
電話番号 （連絡用）			
保護者氏名	被接種者との関係（　　）		
滞在先住所	〒		
	世帯主名	電話番号	
発行の理由	1 里帰りのため　　2 入院治療中 3 長期にわたる疾患後の接種（病名：　　） 4 その他（　　）		
予防接種の種類 ※申請日より、おおむね6ヵ月以内に接種予定のものについて印をつけてください。	□ B型肝炎　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 □ Hib　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加 □ 小児用肺炎球菌　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加 □ ロタリックス(1価)　（ 1 ・ 2 ）回目 □ ロタテック(5価)　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 どちらか □ 4種混合　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加 □ 5種混合　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 ・ 追加 □ BCG □ 麻しん風しん混合　（ 1 期 ・ 2期 ） □ 水痘　（ 1 ・ 2 ）回目 □ 2種混合 □ ヒトパピローマウイルス感染症　（ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目 □ 日本脳炎　1期初回（ 1 ・ 2 ）回目 ・ 1期追加 ・ 2期 □ その他　＊定期予防接種に限る（　　）		
接種(開始)予定日	令和　　年　　月　　日　　※決まっている場合記入		
医療機関名 ・ 所在地			
依頼書の宛名＊	1 市区町村長　2 医療機関長　3 その他（　　）		
依頼書の送付先＊	1 市区町村の予防接種担当部署（　　） 2 滞在先　3 医療機関 4 その他（　　）		
予防接種費用＊	1 本人負担　2 無料（滞在先の市区町村で負担する場合）		

＊印の項目は、滞在先の市区町村にご確認の上、記載してください。